

IME I PREZIME _____

DATUM I MJESTO ROĐENJA _____

DRŽAVLJANSTVO _____

ADRESA PREBIVALIŠTA _____

E-MAIL _____

BROJ TELEFONA/MOBITELA _____

ČLANSTVO U KOMORI: DA ili NE

**ZAHTEJEV ZA IZDAVANJE POTVRDE O SUKLADNOSTI OBRAZOVANJA MAGISTRA
FARMACIJE S DIREKTIVOM 2005/36**

Ovaj zahtjev podnosim za potrebe (navesti državu):

1. edukacije u _____
2. rada u inozemstvu _____

Zahtjevu prilažem:

1. za člana Hrvatske ljekarničke komore nije potreban prilog
2. ako magistar nije član dostavlja se: domovnica, diploma i uvjerenje o položenom stručnom ispitu (originali na uvid ili ovjerene kopije)

Način preuzimanja potvrde (označiti):

1. osobno
2. putem pošte na adresu _____

*Odlukom Hrvatske ljekarničke komore naknada za izdavanje potvrde iznosi 300,00 kn. Naknada se uplaćuje na žiro-račun IBAN: HR8523600001101243041, Zagrebačka banka d.d.

U _____, _____
(mjesto) (datum)

(potpis podnositelja zahtjeva)